



**DENVER HEALTH
MEDICAL PLAN** INC.™

Medicare Advantage

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Denver Health Medical Plan, Inc.

Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)

Condados de Adams, Denver y Jefferson

Resumen de beneficios 2021

H5608_001SB2021SPv3_M

Acerca de este *Resumen de beneficios*

Gracias por considerar Medicare Advantage de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP). Puede usar este ***Resumen de beneficios*** para obtener más información sobre nuestro plan. Incluye información sobre:

- primas
- beneficios y costos
- medicamentos con receta de la Parte D
- quién puede inscribirse
- reglas de cobertura
- obtención de atención
- resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Más detalles

Este documento es un resumen. No incluye todo lo que está cubierto y lo que no está cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener detalles, consulte la ***Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC)***, que se encuentra en nuestro sitio web en denverhealthmedicalplan.org, o solicite una copia a Servicios del Plan de Salud llamando al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual ***"Medicare y usted"***. Véalo en Internet en medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP), excepto en situaciones de emergencia. Llame al número de servicio de nuestro plan de salud o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Denver Health Medical Plan, Inc. es un plan HMO aprobado por Medicare. Denver Health Medical Plan depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa Colorado Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services are available to you at no cost. Please call our Health Plan Services at 303-602-2111 or toll-free 1-877-956-2111. TTY should call 711. Our hours of operation are 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

¿Quién puede inscribirse?

Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) es un plan dual para necesidades especiales, un plan Medicare Advantage disponible exclusivamente para los beneficiarios elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Es elegible para inscribirse en este plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Tiene derecho a la Parte D.
- Tiene beneficios completos de Medicaid.
- Reside en los condados de Adams, Denver y Jefferson.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Medicare Original.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más cobertura de la que ofrece Medicare Original. Algunos de los beneficios se describen en este folleto. Para obtener una lista completa de los beneficios, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.
- Usted cuenta con cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido para los servicios de Medicare, incluidos los copagos y coseguros. No paga nada por estos servicios enumerados en la tabla de beneficios, siempre que siga siendo elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia, y algunos medicamentos que le administra su proveedor.

Reglas de cobertura

Cubrimos los servicios y artículos enumerados en este documento y en la **EOC**, si:

- El servicio o los artículos son médicamente necesarios.
- Los servicios y artículos se consideran razonables y necesarios de acuerdo con los estándares de Medicare Original.

- Obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores del plan que figuran en nuestro *Directorio de proveedores* y *Directorio de farmacias* (pero hay excepciones a esta regla). También cubrimos:
 - atención de emergencia
 - atención de urgencia
 - diálisis fuera del área

Para obtener detalles sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios que no están cubiertos (exclusiones), consulte la **EOC**.

Obtención de atención

En la mayoría de nuestras instalaciones dentro de la red, generalmente puede obtener los servicios cubiertos que necesita, incluida la atención especializada, la farmacia y los análisis de laboratorio. Para buscar las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte nuestro *Directorio de proveedores* en Internet (denverhealthmedicalplan.org/find-doctor) o pídanos que le enviemos una copia por correo llamando a nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Parte C: qué está cubierto y cuánto cuesta

* Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión.

† Se puede requerir autorización previa.

** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

Beneficios y primas	Usted paga
Primas mensuales del plan	\$0-\$34.30 por mes, según su nivel de ayuda adicional
Deducible	El deducible de la Parte B es \$0** o \$203 y se aplica a los servicios dentro de la red. El deducible de la Parte D es \$0** o \$445 y se aplica a los medicamentos con receta.

Beneficios y primas	Usted paga
<p>Su máxima responsabilidad de desembolso directo No incluye medicamentos de la Parte D de Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.</p>	<p>\$7,550</p>
<p>Cobertura hospitalaria como paciente hospitalizado*† Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado, así como 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos días adicionales, su cobertura como paciente hospitalizado se verá limitada a 90 días por período de beneficio.</p>	<p>\$0**-\$1,484 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 60: \$0 de copago de cada período de beneficio • días 61 al 90: \$371 de copago por día de cada período de beneficio • días 91 y posteriores: \$742 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante su vida) <p><i>No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será admitido en el hospital.</i></p>
<p>Cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio*†</p>	<p>\$0** -20% del costo de cada visita a un centro hospitalario como paciente ambulatorio cubierta por Medicare</p>
<p>Centro de cirugía ambulatoria*†</p>	<p>\$0** -20% del costo de los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare y brindados en centros quirúrgicos ambulatorios</p>
<p>Visitas al médico*†</p>	<p>Visita de atención primaria: \$0** -20% Visita al especialista: \$0** -20%</p>
<p>Atención preventiva</p>	<p>Usted paga \$0. <i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></p>
<p>Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0** -20% del costo (hasta \$90) Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p>
<p>Servicios de atención de urgencia</p>	<p>\$0** -20% del costo (hasta \$65)</p>

Beneficios y primas	Usted paga
	Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.
Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes*† <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de laboratorio • pruebas y procedimientos de diagnóstico • radiografías 	\$0** -20% del costo <i>Nota: El costo de estos servicios puede ser diferente si se reciben en un entorno de cirugía ambulatoria.</i>
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio 	\$0** -20% del costo
<ul style="list-style-type: none"> • exámenes de audición de rutina • adaptación de audífonos o examen de evaluación 	\$0 de copago para 1 examen de audición de rutina cada 3 años \$0 de copago para adaptaciones/evaluaciones ilimitadas
<ul style="list-style-type: none"> • audífonos 	\$1,500 de asignación cada 3 años
Servicios dentales Cobertura dental preventiva e integral	Cubrimos servicios dentales preventivos e integrales limitados, sujetos a las políticas de procesamiento, limitaciones y exclusiones de Delta Dental. <ul style="list-style-type: none"> • limpiezas (hasta 2 por año calendario) • radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario) • radiografía de boca completa (cada 36 meses) • tratamiento con flúor (un tratamiento por año) • empastes (hasta 2 cada año calendario) <i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i> Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$1,500
Servicios de la visión <ul style="list-style-type: none"> • visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares 	\$0** -20% del costo del examen ocular cubierto por Medicare
<ul style="list-style-type: none"> • examen ocular de rutina complementario 	\$0 de copago por 1 examen ocular de rutina cada año
<ul style="list-style-type: none"> • lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) 	\$200 de asignación cada año calendario
Servicios de salud mental (como paciente hospitalizado)*†	Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 60 días de por vida para la atención de salud mental como paciente hospitalizado en un

Beneficios y primas	Usted paga
	<p>hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria como paciente hospitalizado no se aplica a los servicios de salud mental como paciente hospitalizado que se brindan en un hospital general.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0**-\$1,484 de deducible por cada período de beneficio • \$0 de coseguro durante los días 1 al 60 • \$371 de copago por día durante los días 61 al 90 • \$742 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida
<p>Servicios de salud mental (ambulatorios)* Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$0**-20% de la visita</p>
<p>Establecimiento de enfermería especializada*† Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficio. Un nuevo período de beneficio comienza después de 60 días sin readmisión por la misma afección.</p>	<p>Usted paga \$0** o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago durante los días 1 al 20 • \$185.50 de copago durante los días 21 al 100
<p>Rehabilitación ambulatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • terapia ocupacional 	<p>\$0**-20% de la visita</p>
<ul style="list-style-type: none"> • terapia física 	<p>\$0**-20% de la visita</p>
<ul style="list-style-type: none"> • terapia del habla 	<p>\$0**-20% de la visita</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>\$0**-20% del costo</p>
<p>Transporte</p>	<p>\$0 de copago por hasta 35 traslados de ida y vuelta cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare†</p>	<p>\$0**-20% del costo</p>
<p>Quiropraxia</p>	<p>\$0**-20% del costo</p>
<p>Diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes • insumos para diabetes • capacitación para el automanejo de la diabetes 	<p>\$0**-20% del costo</p> <p><i>Los glucómetros y las tiras reactivas para pacientes diabéticos se limitan a Trividia Health Product. Los glucómetros y las tiras reactivas de otros fabricantes requieren una determinación de la organización.</i></p>

Parte D de Medicare: cobertura de medicamentos con receta

La mayoría de las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicaid también obtienen Extra Help (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Medicare brinda Extra Help (Ayuda adicional) a los beneficiarios que tienen ingresos y recursos limitados para ayudarlos a pagar los medicamentos con receta.

Etapas de cobertura inicial

Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), ya sea:

- \$0 de copago
- \$1.30 de copago
- \$3.70 de copago
- 15% de coseguro

Para todos los otros medicamentos, ya sea:

- \$0 de copago
- \$4.00 de copago
- \$9.20 de copago
- 15% de coseguro

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias con servicio de envíos por correo que pertenecen a la red. Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que lo que pagaría en una farmacia minorista.

Puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.

Etapas de brecha de cobertura

La etapa de brecha de cobertura es un cambio temporal en el costo de los medicamentos con receta. La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,130.

Después de que usted entra en la brecha de cobertura, usted paga 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$6,550, que es el fin de la brecha de cobertura.

No todas las personas entrarán en la etapa de brecha de cobertura. Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.

Etapa de cobertura catastrófica

Después de que su límite de costos anuales de desembolso directo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista y a través del servicio de envíos por correo) alcance \$6,550, usted pagará el monto mayor de los siguientes:

- 5% del costo
- \$3.70 por los genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos

Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.

Como miembro de DHMP, puede obtener sus medicamentos de cualquiera de las siguientes formas:

- **farmacia minorista**
Puede obtener un suministro para 30, 60 o 90 días. Para un suministro para menos de un mes, comuníquese con nosotros al 303-602-2111.
- **farmacia de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)**
Las farmacias de LTC deben entregar medicamentos de marca por un suministro para menos de 14 días por vez. También pueden entregar un suministro de medicamentos genéricos por menos de un mes por vez. Comuníquese con nosotros al 303-602-2111 si tiene alguna pregunta sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.
- **envíos por correo**
Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.

El plan utiliza un *Formulario de medicamentos*; puede ver el *Formulario de medicamentos* en denverhealthmedicalplan.org o llamar a nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 para obtener una copia.

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se enumeran a continuación están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio enumerado, puede ver qué cubre Medicaid y qué cubre nuestro plan. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) al 1-800-221-3943. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Para obtener más información, como los límites, las exclusiones y las reglas de autorización previa conforme al pago por servicio de Medicaid, puede consultar la lista completa en healthfirstcolorado.com/benefits-services.

Puede haber exclusiones de copago adicionales para niños menores de 19 años y mujeres embarazadas. Si esto se aplica a usted, puede consultar la lista completa de beneficios en healthfirstcolorado.com/benefits-service/.

* Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión.

† Se puede requerir autorización previa.

** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Atención hospitalaria como paciente hospitalizado Incluye abuso de sustancias y rehabilitación.†	\$10 de copago por día cubierto o 50% de la tarifa diaria promedio permitida, lo que sea menor conforme al pago por servicio de Medicaid (fee-for-service, FFS).	En 2021, los montos para cada período de beneficio son \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> • \$1,484 de deducible • \$0 de coseguro durante los días 1 al 60 • \$371 de copago por día durante los días 61 al 90 • \$742 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida
Atención de salud mental como paciente hospitalizado†	\$0 de copago	En 2021, los montos para cada período de beneficio son \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> • \$1,484 de deducible • \$0 de coseguro durante los días 1 al 60 • \$371 de copago por día durante los días 61 al 90

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
		<ul style="list-style-type: none"> • \$742 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida
Establecimiento de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)†	\$0 de copago	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. En 2021, los montos por cada período de beneficio son los siguientes: \$0 de copago día durante los días 1 al 20 \$185.50 de copago durante los días 21 al 100
Atención médica a domicilio†	\$0 de copago	\$0 de copago
Centro de cuidados paliativos	\$0 de copago No más de 9 meses	Cubierto por Medicare Original
Atención primaria	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** -20%
Atención especializada	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** -20%
Exámenes físicos preventivos	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de podología	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** -20% del costo

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios†	\$0 de copago	\$0** -20% del costo
Salud mental para pacientes ambulatorios†	\$0 de copago	\$0** -20% del costo
Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla†	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$4 de copago por visitas al hospital como paciente ambulatorio conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$2 de copago por visitas al médico conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago en la clínica de terapia de la agencia de rehabilitación conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	\$0** -20% del costo
Ambulancia	\$0 de copago	\$0** -20% del costo. Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar los servicios de ambulancia.
Atención de emergencia	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia</p> <p>\$6 de copago por visita si no es una emergencia conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	20% del costo (hasta \$90). Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.
Atención de urgencia	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia	20% del costo (hasta \$65). Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
	<p>\$2 de copago por visita si no es parte de una sala de emergencias conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>costo de la atención de emergencia.</p>
<p>Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios†</p>	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$4 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago en un centro de cirugía ambulatoria conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** -20% del costo</p>
<p>Equipo médico durable (Durable Medical Equipment, DME)† Se incluye el oxígeno.</p>	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por día para algunos DME conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** -20% del costo</p>
<p>Dispositivos protésicos</p>	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** -20% del costo</p>
<p>Autocontrol, capacitación, terapia nutricional y suministros para la diabetes</p>	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>20% del costo de los zapatos o las plantillas terapéuticos</p> <p>20% del costo de los suministros para el control de la diabetes</p>

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
		\$0 para la capacitación para el automanejo de la diabetes
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y servicios de radiología†	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	\$0** -20% del costo
Radiografías†	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>Las radiografías dentales no tienen copago.</p>	\$0** -20% del costo
Examen de detección de cáncer colorrectal	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$2 de copago por visita para una colonoscopia de diagnóstico o tratamiento conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago para evaluaciones de detección conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	\$0 de copago
Vacunas	\$0 de copago	\$0 de copago
Mamografías	\$0 de copago	\$0 de copago
Pruebas de Papanicolaou	\$0 de copago	\$0 de copago
Exámenes de detección de cáncer de próstata	\$0 de copago	\$0 de copago

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Diálisis renal	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice	\$0** -20% del costo
Medicamentos con receta†	<p>Los beneficios de Medicaid cubren las siguientes exclusiones de Medicare al 100%: productos para la tos y el resfriado, medicaciones de venta libre, y ciertos productos minerales y vitaminas con receta.</p> <p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p>	<p>\$445 de deducible Según su nivel de Extra Help (Ayuda adicional), durante la etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0-\$3.70 o 15% de coseguro por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos). Usted paga \$0-\$9.20 o 15% de coseguro por todos los demás medicamentos con receta.</p>
Servicios dentales†	<p>\$0 de copago por limpiezas, empastes, conductos radiculares, coronas y dentaduras parciales</p> <p>El beneficio dental para adultos tiene un límite anual de \$1,500 por año fiscal estatal (del 1 de julio al 30 junio). Los beneficios de emergencia y dentadura no están sujetos a este límite.</p>	<p>Cubrimos servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones, exclusiones y políticas de procesamiento de Delta Dental. Todos los reclamos están sujetos a una revisión realizada por un consultor dental: Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener una descripción completa de los beneficios.</p>
Audífonos	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>Reemplazo del implante coclear actual si se rompe o se pierde</p>	Hasta \$1,500 cada 3 años para audífonos

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
	\$0 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	
Exámenes/pruebas de audición	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia</p> <p>\$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0**-20% de copago para 1 examen de rutina cada 3 años</p> <p>\$0**-20% para examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</p>
Servicios de la visión	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia</p> <p>\$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0 de copago cada año para un examen ocular de rutina</p> <p>\$0**-20% para exámenes oculares cubiertos por Medicare</p> <p>\$200 cada año para lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes)</p>
Transporte	\$0 de copago	\$0 de copago para hasta 35 traslados de ida y vuelta.